

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année

THÈSE

N°

240

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 Juillet 1886, à 1 heure.

PAR GABRIEL MAECHLER

Né à Châlon-sur-Saône, le 7 avril 1856.

DU

MODE DE DÉLIVRANCE

LE PLUS RATIONNEL

DANS LES CONDITIONS NORMALES

Président : M. PAJOT, professeur.

*Juges : MM. } LANNELONGUE, professeur.
 } HALLOPEAU, HANOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
	GUY N.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
	CORNIL.
Anatomie pathologique.....	Mathias DUVAL.
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BULIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Aibert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIÈRE.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET TRÈS CHER MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR PAJOT

Professeur à la Clinique d'accouchements,
Président-fondateur de la Société obstétricale et gynécologique
de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR S. DUPLAY

Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR RAYMOND

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

DU

MODE DE DÉLIVRANCE

LE PLUS RATIONNEL

DANS LES CONDITIONS NORMALES

Y a-t-il réellement utilité à examiner de nouveau cette question? Nous le croyons. Cette conviction est née dans notre esprit à l'occasion de certaines considérations d'une haute portée pratique, développées par M. le professeur Pajot, au cours de ses leçons cliniques.

Certes, on s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de la question de la délivrance, et il semble qu'on devrait être définitivement fixé à ce sujet. Il n'en est rien. Comme pour n'importe quelle autre question médicale, pourrait-on dire, les avis se sont nettement partagés et se sont montrés, tout d'abord, trop absolus. C'est dire qu'il y a eu des ennemis et des *partisans* de tel ou tel procédé. Peut-être, à l'heure actuelle, les opi-

nions extrêmes se sont-elles mitigées, et a-t-on fini par reconnaître, qu'après tout, chacune des méthodes rivales avait ses avantages, ses inconvénients, ses indications spéciales.

C'est, du moins, l'impression qui nous est restée de l'enseignement si judicieux de notre maître, M. le professeur Pajot et nous avons pensé qu'il y aurait un certain intérêt à rechercher si cette impression serait pleinement justifiée par un parallèle des opinions diverses et motivées, exprimées jusqu'à ce jour.

Telle est l'origine de ce travail. Il est clair qu'il ne peut être fait que d'après l'expérience des autres, la nôtre étant forcément nulle ou à peu près.

Mais, si l'expérience d'autrui fait partie de l'héritage commun, à nous de faire le nécessaire pour le recueillir à notre profit, peut-être à celui des autres, si nos efforts ne restent pas tout à fait improductifs.

Qu'il nous soit permis de témoigner publiquement notre profonde reconnaissance à notre maître M. le professeur Pajot, pour ses nombreux conseils et son extrême bienveillance.

PHÉNOMÈNES NATURELS QUI PRÉCÈDENT ET PRÉPARENT LA DÉLIVRANCE.

Avant de décrire les procédés qui ont été imaginés dans le but de bien conduire la délivrance, il nous semble rationnel de rappeler brièvement les

phénomènes naturels qui la précèdent. Les ayant bien présents à l'esprit, ils nous permettront de voir le but qu'il s'agit d'atteindre et de critiquer plus nettement les moyens que l'on a imaginés à cette fin.

C'est pendant les dernières douleurs de l'accouchement, et surtout au moment où le fœtus franchit la vulve, que les liens qui unissaient le placenta et les membranes à l'utérus commencent à se rompre (1). Baudelocque (2) et Velpeau divisaient cet acte physiologique en deux temps, le décollement et l'expulsion du délivre; nous préférons suivre la division en trois temps de Désormeaux et de la plupart des accoucheurs : le premier comprend le décollement du placenta; le deuxième, son passage dans le vagin; le troisième, son expulsion hors des voies génitales.

1^{er} TEMPS : Décollement du placenta et des membranes. — Après la sortie du fœtus, l'utérus s'abaisse et se rétracte, il devient dur et résistant comme un muscle de la vie de relation. Rien n'est plus facile à constater à travers les parois abdominales. Deux conséquences en résultent : l'une d'elles est le décollement des attaches, ordinairement molles, du placenta, généralement de la circonférence vers le centre jusqu'à ce qu'il tombe. Mais à mesure que ce décol-

(1) C. Devilliers. Art. Délivrance. Dict. méd. et chirurg. 1869.

(2) Baudelocque, 5^e édition, t. I.

lement se produit, les vaisseaux mis à nu versent des flots de sang et la seconde conséquence de la rétraction de l'utérus est de faire cesser généralement tout de suite l'hémorrhagie. Le resserrement des fibres musculaires, qui forment, selon l'expression de M. Pinard, comme autant de *ligatures vivantes*, est la cause de l'arrêt de l'écoulement sanguin. Le placenta, détaché en tout ou en grande partie, est poussé vers l'orifice de l'utérus par les parois de cet organe, qui se rétractent toujours ; le premier temps de la délivrance est alors accompli.

2^e TEMPS : *Passage du placenta de l'utérus dans le vagin.* — Les contractions de l'utérus, après avoir décollé le placenta, chassent cet organe vers l'orifice interne du col qui s'ouvre peu à peu et finissent par le pousser complètement dans le vagin. Cette période dure de vingt à trente minutes, si l'on s'abstient de toute intervention.

3^e TEMPS : *Expulsion hors des voies génitales.* — Le temps qui s'écoule entre l'expulsion définitive du placenta et la naissance de l'enfant est très variable. L'arrière-faix se trouve alors dans une cavité dont les parois sont devenues peu rétractiles sous l'influence de la distension produite par le passage du fœtus. Si les contractions utérines ont été fortes, si les efforts de la femme sont continus, si une grande quantité de sang s'est accumulé au-dessus du délivre, celui-ci traversera assez rapidement le vagin et même la

vulve. Mais, au contraire, si les contractions ont été faibles, les efforts de peu d'intensité, la quantité de sang peu abondante, le délivre peut rester assez longtemps dans le vagin, si l'on n'exerce pas de légères tractions sur lui. D'après P. Dubois, il peut s'écouler une heure, deux heures et même davantage, entre l'expulsion définitive du placenta et la naissance de l'enfant.

Telle est la succession naturelle des phénomènes quand les choses vont pour le mieux. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, — et, il importe de bien savoir les « conditions particulières » dans lesquelles il faut agir. Ces phénomènes peuvent être, en effet, troublés ou empêchés par des circonstances diverses, liées à un état spécial, soit de la mère (inertie utérine, contractions ataxiques de la matrice, etc.), soit de l'œuf (adhérences, insertion vicieuse du placenta, gracilité et fragilité extrême du cordon, etc).

Mais, comme le fait capital de la délivrance réside dans le décollement ou le non-décollement du placenta, nous avons essayé de réunir les principaux accidents qui peuvent la signaler, en un tableau basé sur l'existence ou l'absence du décollement.

Placenta		{ Décollé : <i>a</i>) { Non décollé : <i>b</i>)
<i>a</i>) Décollé.	{ Les autres conditions sont physiologiques.	
	{ Les autres conditions ne sont pas physiologiques.	{ Atonie et inertie utérine. Tétanos de l'utérus. Contractions ataxiques (troubles de la polarité des Anglais). Déviations utérines. Fragilité extrême du cordon, etc.
<i>b</i>) Non décollé.	{ Partiellement.	{ Insertions vicieuses du placenta. Adhéhances pathologiques.
	{ En totalité.	{ Adhéhances pathologiques.

Remarque. — Il est évident que, dans le second groupe, on peut aussi rencontrer les mêmes conditions pathologiques que dans le premier.

Comme l'indique ce tableau, les conditions varient beaucoup suivant les cas. C'est peut-être même là l'origine de la divergence des accoucheurs sur la meilleure façon de conduire la délivrance. Un procédé a pu réussir ou se montrer plus efficace là où un autre avait échoué ou n'avait réussi qu'à demi. De là, des préférences. — Mais, le contraire

serait peut-être advenu dans des circonstances autres.

Il faut donc, avant tout, chercher à apprécier bien exactement les conditions dans lesquelles on doit opérer et déduire de cette appréciation le procédé qui convient le mieux dans le cas particulier.

Par exemple, le placenta est-il adhérent? Mais, nous sommes les premiers à condamner formellement la méthode à laquelle nous donnons la préférence dans la majorité des cas et qu'a si bien résumée M. le professeur Pajot, dans cette formule si connue : *Tendre et attendre*. Le précepte, ici, serait un non sens. — Tendre et attendre des semaines, des mois peut-être, ce serait insensé!

Autre exemple. — La rétraction faite, le placenta est décollé; l'organe utérin est suffisamment rétracté pour qu'il n'y ait pas d'hémorrhagies. Mais, les contractions *post partum* ne se montrent pas ou sont beaucoup trop faibles pour amener l'expulsion du délivre; la tension du cordon, auxiliaire très utile quand les contractions sont normales, serait ici inefficace. Au contraire, l'expression placentaire, qui provoque et *fortifie* les contractions, pourra se montrer fort utile. — En revanche, — l'exemple paraîtra peut-être choisi pour les besoins de la cause, mais nous le prenons tel parce qu'il est frappant, nous réservant de rappeler plus loin les objections sérieuses que l'on a faites à ce procédé, — supposons une parturiente atteinte de fibrôme de la

matrice, de kyste de l'ovaire volumineux, etc., — ne sera-t-il pas difficile, sinon impossible, de procéder à cette expression placentaire, lorsque au contraire la méthode de tension continue sera peut-être de l'exécution la plus simple?

En résumé, aucune des méthodes ne répond à tous les cas. Qu'il y ait adhérence du placenta, la méthode de la *tension continue* du cordon, combinée avec l'expectation, est inapplicable; le bon sens le dit. Quant à la méthode de l'expression placentaire, le fait seul (il existe beaucoup de cas bien authentiques) que certaines femmes la repoussent d'une manière absolue, suffit à prouver qu'elle ne peut prétendre à devenir universelle. Quant aux autres, extraction manuelle (la main étant introduite dans l'utérus) ou instrumentale, il est évident qu'elles ne conviennent que dans des cas exceptionnels.

Le débat doit porter principalement sur la méthode de la *tension continue* du cordon et la méthode de l'expression placentaire, qui se disputent le premier rang dans la pratique obstétricale journalière.

Avant d'exprimer des préférences, inspirées nécessairement plus par l'enseignement que nous avons suivi que par une expérience personnelle, mais fortifiées par les recherches que nous avons faites, nous décrirons rapidement les différentes méthodes, en insistant un peu plus sur celles qui sont l'objet de contestations.

Cette description ne sera peut-être pas un hors-

d'œuvre parce que, d'abord, suivant la remarque de M. le professeur Pajot, nous avons trouvé, même dans les ouvrages les plus récents et les plus autorisés, touchant la méthode la plus acceptée en France, des conseils qui ne sont pas en parfaite harmonie avec l'observation judicieuse du mécanisme de la délivrance.

I.

MÉTHODE EXPECTANTE.

Une question qui vient bien naturellement à l'esprit, quand on s'occupe de la meilleure direction de la délivrance, c'est assurément la suivante : Il fut, sans doute, un temps où l'humanité était privée de l'intervention des sages-femmes, des médecins, des accoucheurs. Peut-être fut-il une époque (privilegiée) où nul sorcier, ou telle autre personne équivalente, n'assistait la femme en travail. A l'heure actuelle, existe-t-il peut-être des tribus où les choses se passent ainsi (1). Dans de pareilles conditions, le temps de la délivrance est-il *plus long, plus douloureux, plus sujet à causer des accidents*? Il est malheureusement impossible de résoudre cette question, puisqu'il ne peut exister ni statistique, ni observations. Cependant, même chez les nations civilisées, il est une école, celle de William Hunter, qui adopta la méthode « primitive ». Or, si nous en croyons R. et F. Barnes (2), *il résulta*

(1) Ploss et Engelmann. Trad. de l'anglais, par P. Rodet.

(2) Traité théorique et clinique d'obstétrique de R. et F. Barnes, traduit et annoté par A. Cordes. Masson, éditeur, 1886.

parfois de cette pratique des accidents désastreux d'hémorrhagies, de septicémie, etc.

Il nous semble inutile d'insister sur les moyens détournés employés pour aider à la délivrance.

Ambroise Paré (1) donne ce conseil :

« On aide à l'expulsion d'iceluy (le délivre) par sternutations et fomentations faictes au col de la matrice de choses aromatiques, et par injections de choses glaireuses et rémollientes; d'avantage, les senteurs fétides seront administrées par la bouche, et autres choses qui provoquent les mois, et principalement, une décoction faite de artémisia, et bacci lauri, avec vin miellé, ou demie dragme de poudre de savinier donnée à avaler à la patiente; semblablement, les cheveux de la femme bruslez et pulvérisiez sont profitables, les lui faisant boire avec du vin. »

On rapporte aussi qu'il était d'usage de mettre dans la main de l'accouchée quelques morceaux de gros sel que l'effort de son souffle devait faire tomber. Cet effort était destiné à augmenter ou à remplacer les contractions de l'utérus.

Dans les pays musulmans, Larrey rapporte que les matrones brûlent sous le nez de la femme qui vient d'accoucher des poils de lion, qui, par l'odeur de roussi qu'ils développent, provoquent le vomissement et facilitent ainsi la sortie du placenta (2).

(1) Œuvres complètes, 10^e édition, p. 102, 1641.

(2) De l'accouchement comparé dans les races humaines, par le Dr Verrier. 1886.

Enfin, à défaut de documents, on peut aborder la question *a priori*. Voici comment la résoud M. le professeur Pajot :

— Quel avantage y a-t-il à abandonner les choses à la nature? Aucun.

— Y a-t-il, au contraire, avantage à intervenir? Oui, à condition que l'intervention soit intelligente et rationnelle.

La méthode expectante est donc justement condamnée ; nous n'en reparlerons plus. Nous devons toutefois en dire un mot : puisqu'elle a été, sans doute, la méthode primitive, — nous sommes là pour témoigner que la race n'a pas péri, — c'était certainement un pis-aller. Le mieux est venu ; voyons le mieux.

II.

MÉTHODE DE LA TENSION CONTINUE.

Hippocrate (1) conseillait de ne pas sectionner le cordon, de laisser pendre le fœtus par son poids ou d'attacher un poids égal à celui de l'enfant. Il conseillait aussi, dans le cas de section du cordon, d'attacher, à une outre remplie d'eau, l'extrémité du cordon qui était du côté de la mère. On pratiquait une petite ouverture à la partie inférieure de l'outre, l'eau s'écoulait, et il s'opérait alors une tension lente et continue sur le cordon.

Cosme Viardel (2) conseillait de couper le cordon et de le lier à la cuisse de la mère, afin qu'il n'y ait pas régression.

Dionis (3) et Ruysch (4) indiquent des tractions sur le cordon, mais lentes et légères ; si le placenta ne sort pas, il ne faut pas perdre patience : il peut se passer des heures et des demi-heures avant qu'il ne vienne.

(1) Hippocrate. *Maladies des femmes*, t. VIII (traduct. Littré).

(2) *Observations sur la pratique des accouchements*, 2^e édition. Paris, 1674.

(3) *Traité général des accouchements*. Paris, 1718.

(4) *Accouchements*. Paris, 1725.

Maechler.

En Chine (1), à l'époque actuelle, on *attache* un poids au cordon *pour l'empêcher* de remonter, et alors le placenta sort au bout de quatre à cinq jours.

La méthode de la *tension continue*, que nous pouvons appeler *méthode française*, seconde l'expulsion du délivre, *surtout en rendant à chaque instant définitifs les progrès de l'adaptation qui s'opère sous l'influence des contractions utérines*. Comme le dit très bien M. le professeur Pajot, il faut *tendre et attendre*, et non pas tendre et abandonner le cordon au bout de quelques minutes, si le placenta n'est pas descendu. Sous l'influence des contractions utérines, le placenta se moule progressivement sur le segment inférieur de la matrice; il prend conséquemment la forme d'un cône dont le sommet correspond à l'orifice externe. Cette modification de forme, nécessaire pour que le placenta puisse s'engager à travers l'orifice, doit forcément s'atténuer dans les intervalles des contractions, si on ne la rend pas définitive et *acquise*. Or, la *tension permanente du cordon n'a d'autre but*. Elle maintient. Quant à la *tension intermittente*, elle ne peut être qu'une succédanée très inférieure de l'autre; elle ne vaut pas beaucoup mieux que la méthode absolument expectante.

On a décrit différentes manières d'obtenir cette tension continue. Ainsi, Baudelocque (2) donne le conseil suivant :

(1) Verrier, *loc. cit.*

(2) Baudelocque, *loc. cit.*

« L'accoucheur, ayant saisi le cordon d'une main garnie de linge sec, le tendra horizontalement, tandis qu'il portera trois doigts de l'autre main, réunis et formant une espèce de gouttière derrière les os pubis, jusqu'à l'entrée du col de la matrice, pour repousser en arrière la base du cordon, et lui faire décrire dans ce même sens un coude semblable à celui qu'il décrirait sur la gorge d'une poulie.

« En opérant ainsi, les efforts, quoique faits dans une direction horizontale, ou presque telle, agissent sur le placenta comme si le cordon traversait l'espace compris entre l'anus de la femme et la pointe du coccx, et par conséquent à peu près selon l'axe du détroit supérieur.

« Quand le placenta est descendu dans le vagin, on le tire simplement à soi, en relevant la main placée à l'extrémité du cordon. On reçoit cette masse dès qu'elle paraît au dehors, et on la soutient de la main gauche, placée transversalement au-dessous de la vulve, tandis qu'on la saisit de la main droite et qu'on la roule cinq ou six fois sur elle-même, en tirant toujours doucement à soi afin de ramasser les membranes et de les tordre en manière de corde.

« Dans les cas de rétention du placenta, les antiphlogistiques et les antiseptiques doivent être employés de préférence. »

Nous nous arrêterons dans ces citations, pour reproduire immédiatement la leçon, si démonstra-

tive et si pratique, de notre excellent maître, M. le professeur Pajot :

« Dès que l'on constate que l'utérus se rétracte bien, on doit rechercher si le placenta est décollé. Or, s'il n'y a ni état morbide, ni anomalie placentaire, le délivre doit être décollé. Mais il ne suffit pas de dire : *cela doit être*, il faut pouvoir dire : *cela est*. Alors, vous saisissez doucement, de la main gauche, le cordon, tandis que l'index de la main droite, le suivant dans son trajet, rencontre, à un moment donné, le placenta, bien reconnaissable à ses caractères, et notamment à ses ramifications en relief. Or, si vous le sentez introduit, même légèrement, dans l'orifice du col, c'est qu'il est décollé.

Si, cette constatation faite, vous attendez tout de la nature, il est certain que celle-ci achèvera son œuvre. Je n'y vois aucun avantage, mais seulement des inconvénients ; tout d'abord, cela nécessitera des contractions douloureuses, dont la durée, plus ou moins longue, peut aller jusqu'à vingt-quatre heures, c'est-à-dire un véritable petit accouchement après le grand ; cela peut amener ensuite des pertes, des hémorrhagies, etc. Il y a donc tout avantage à y parer par une intervention *bien comprise*, telle qu'en France, depuis trois cents ans, on la pratique, intervention basée sur la raison et sur la prudence.

Donc, le placenta est décollé, on en est certain, et on cherche à l'extraire par un moyen rationnel ; il faut saisir le cordon ombilical, enroulé deux ou trois fois autour du doigt jusqu'à ce que la main arrive

au contact de la vulve, afin de rendre la tension douce plus efficace. Il faut *tendre* doucement le cordon, qui se détend lui-même au fur et à mesure que le placenta progresse dans sa sortie de la matrice ; mais il faut continuer à le tendre, *sans jamais le lâcher, ni l'abandonner*, quand même la délivrance devrait durer une heure, ce qui n'est pas ; le plus long temps n'a pas dépassé vingt-cinq minutes, et il s'agissait d'un placenta immensément large, mais peu épais. Tout se résume donc pour la délivrance en ces deux mots : *tendre et attendre*, mais quand on est *certain* que le placenta est décollé.

Lorsque le placenta n'est pas décollé, il ne faut pas tirer sur le cordon, sous peine de renverser l'utérus, d'amener des accidents effroyables, des hémorragies mortelles, et surtout, ne jamais donner d'ergot, et se rappeler la règle :

Jamais d'ergot quand il y a quelque chose dans l'utérus. »

III.

EXPRESSION PLACENTAIRE OU « MÉTHODE DE CRÉDÉ ».

Cette méthode, paraît-il, malgré le nom qu'elle porte, ne serait pas nouvelle ; elle aurait été mise en usage par les peuples les plus anciens. Il semble même que chez les modernes, on n'a pas attendu jusqu'à Crédé pour l'appliquer.

La première idée paraît revenir à Mauriceau (1). Cette méthode fut acceptée en Angleterre par S. Rob. Wallace (2), en 1769, J. Clarke, Collin, Beatty ; Busch l'introduisit en Allemagne, où Crédé l'y réglementa, en 1853. A Dublin, elle était connue depuis nombre d'années ; elle a été décrite en 1848 par MM. Clintock et Hardy ; à Londres, par R. Barnes (3).

En France, le D^r Saussier, de Troyes, en 1862, fit un rapport à ce sujet à la Société médicale de

(1) Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses, 1721, p. 249.

(2) Ramaroni. De la délivrance retardée ; thèse de Paris, 1876.

(3) Traité théor. et prat. d'obstétrique, R. et F. Barnes, *loc. cit.*

l'Aube (1). M. Chantreuil (2), et un certain nombre de médecins de Lyon, le professeur Bouchacourt, les D^{rs} Laroyenne, Fochier et Marduel, pratiquent souvent l'expression utérine (3).

Il nous a paru intéressant de signaler, précisément parce que l'on a objecté à Crédé que sa méthode était connue depuis bien longtemps, quelques passages relatifs à cette pratique plus ou moins modifiée suivant les peuples qui l'ont mise en usage.

Nous faisons de nouveaux emprunts à l'ouvrage de M. Verrier et nous puisons largement dans l'œuvre si intéressante de M. Engelmann (4) :

« En Cochinchine, la matrone monte avec un pied sur le ventre de l'accouchée et la piétine au niveau de l'ombilic, en prenant un point d'appui à la barre transversale placée ordinairement au milieu du lit; elle exerce ainsi une pression énergique de haut en bas. C'est une réminiscence de la méthode d'expression utérine, et j'ajoute qu'elle est fort pénible. (D^r Verrier, *loc. cit.*)

« Les peuples primitifs se servaient seulement de l'expression pour favoriser l'expulsion du fœtus. Les tribus arabes d'origine caucasienne, sur les bords de la mer Caspienne, ont des aides pour mas-

(1) D^r Saussier. Nouveau procédé de délivrance. *Gaz. des hôp.*, 1864, n° 93.

(2) *Archives générales de médecine*, 1870.

(3) Thèse de Riol, Paris, 1880.

(4) D^r Engelmann. Trad. par le D^r Rodet. Paris, 1886.

sér l'abdomen. On faisait de même, en Asie, dans le double but d'augmenter la force des contractions utérines et de favoriser l'expulsion de l'œuf par la pression. Dans les campagnes un peu écartées des Etats-Unis, la patiente était placée sur les genoux de son mari, qui l'entourait de ses bras en pressant fortement sur l'utérus.

« Chez les Indiens modernes, le massage et l'expression sont très usités, quelle que soit la posture occupée par la patiente ; les présentations vicieuses sont corrigées et le travail est accéléré grâce aux aides qui pétrissent les lombes et l'abdomen et exercent des pressions en plaçant la paume de la main sur le globe de l'utérus.

« A l'époque des Incas, on hâtait la sortie de l'enfant en faisant mettre derrière la mère un aide qui l'entourait par la taille et exerçait de fortes pressions. De même pour le placenta.

« En général, le placenta est expulsé habituellement peu après l'enfant, sinon on a recours invariablement au massage et à l'expression. Souvent, la patiente garde la même posture que pendant le travail et les aides continuent les mêmes manipulations jusqu'à ce que la délivrance soit effectuée. Il est rare qu'elle change de posture. Dès que l'enfant est né, la mère, quelquefois, cependant, se lève précipitamment, serre fortement sa ceinture et exprime le placenta. De même, d'autres se pressent l'abdomen contre un bâton fiché dans le sol.

« Nous ferons remarquer encore, si bizarre que

cela puisse paraître, que les peuples primitifs tirent rarement sur le cordon, mais, la plupart du temps, ils mettent à profit la *vis a tergo*, en excitant l'activité de l'utérus par des frictions sur le fond et en exprimant ainsi le contenu. »

En somme, on voit bien, d'après cette lecture, que, si les tribus sauvages ou peu civilisées connaissent l'expression placentaire, il leur arrivait très fréquemment de la pousser jusqu'au *pétrissage* de l'abdomen. Ils soumettaient, en somme, souvent les parturientes à des manœuvres absolument brutales et on ne saurait, sans injustice, opposer au procédé, très méthodique de Crédé, une intervention aussi peu réglée et, souvent, aussi dangereuse.

Et maintenant, en quoi consiste la méthode de Crédé?

« Après la naissance de l'enfant, il faut tenir la main constamment appliquée sur la matrice. On abrège le temps de la délivrance, au moyen de frictions et de pressions légères, qui ont pour but de renforcer la rétraction naturelle de la matrice et de provoquer artificiellement des contractures, lentes à se produire spontanément. Dès que l'on perçoit, avec la main placée sur la matrice, une forte contraction, on doit, avec les extrémités des doigts de l'une ou des deux mains, embrasser régulièrement l'utérus, le déplacer vers le milieu du petit bassin, porter le fond de l'organe en avant et en haut et diriger la masse utérine vers la concavité du sacrum.

La pression doit être exclusivement exercée pendant l'acmé de la contraction.

« *La méthode de l'expression placentaire provoque et renforce la contraction* (1). »

(1) Grundriss der Geburtshuelfe, Dr J. Cohnstein, Berlin, 1885.

IV.

EXPRESSION PLACENTAIRE ET TENSION CONTINUE. DE LEURS INDICATIONS.

En décrivant les différentes méthodes suivant lesquelles les accoucheurs, obéissant à des préférences plus ou moins justifiées, conseillent de conduire la délivrance, nous avons voulu, comme nous l'avons déjà dit, nous pénétrer de l'esprit de chacune d'elles. Cette étude faite, nous sommes, croyons-nous, plus en mesure de décider à laquelle nous voudrions avoir recours dans telle ou telle des circonstances exposées dans notre tableau (page 10).

Avant tout, ce qu'il importe de bien connaître, c'est le procédé qui convient le mieux à la très grande majorité des cas.

Il est évident que, généralement, la délivrance, comme la grossesse, comme du reste toutes les autres périodes de l'accouchement, est un *acte physiologique*. Elle ne peut devenir *pathologique* que par le fait d'une des circonstances fortuites, absolument rares, que nous avons signalées.

Eh bien, *lorsque tout est normal, lorsque les phénomènes se déroulent suivant la succession naturelle, lors-*

que, en somme, les conditions sont ce qu'elles doivent être 98 fois sur 100, que faire ?

Le placenta est décollé (nous ne reviendrons pas sur les signes qui permettent d'affirmer ce décollement) ; après les quelques minutes du repos qui suit ordinairement l'expulsion du fœtus, la parturiente recommence à se plaindre ; ce sont les contractions *post partum* qui apparaissent

Elles sont sollicitées par la présence du placenta qui agit comme un corps étranger, ou peut-être plus spécialement par la compression qu'il exerce au niveau de l'orifice interne. Elles sont les agents *natu-*
rels de l'expulsion du délivre.

En résumé :

Placenta décollé, contractions post-partum normales, délivre commençant à s'engager dans l'orifice interne, telles sont les conditions ordinaires.

Que faire ?

En parlant de l'expectation complète, nous avons vu que tous les accoucheurs, ou à peu près, la condamnent complètement ; examinons donc les deux autres méthodes.

1° TENSION CONTINUE. — Quelles objections valables peut-on faire, en de semblables conditions, à cette méthode ? A cette méthode, on a reproché une série d'accidents que nous devons énumérer :

- a) Rupture du cordon.
- b) Hémorrhagies.
- c) Inversion utérine.

d) Déchirure et rétention des membranes et du placenta.

Il faut donc examiner ce que l'on doit penser de toutes ces objections.

a) *Rupture du cordon.* — Il est évident qu'avec une *tension lente et continue*, malgré les cas de gracilité et de fragilité extrêmes du cordon, il est impossible que cet accident puisse se produire. Avec des tractions répétées et violentes, la rupture pourrait avoir lieu, mais ce n'est pas là la méthode classique et française que nous avons exposée.

« Il est juste de remarquer que la rupture est ordinairement le résultat de fautes commises, pendant la délivrance, par tractions sur le cordon. Si celle-ci est faite régulièrement, avec tous les soins qui sont recommandés, on évitera cet accident qui tient plus à l'inexpérience de l'opérateur qu'à l'imperfection de la méthode(1). »

b) *Hémorrhagies.* — Les hémorrhagies ne peuvent avoir lieu avec la tension continue; elles sont, du reste, faciles à éviter; elles ne peuvent, du reste, se produire, que si l'utérus n'est pas assez rétracté, si le placenta n'est pas complètement décollé, si l'accoucheur n'a pas attendu, après le temps de repos, les nouvelles contractions, si le cordon a subi des tractions trop violentes, etc. Mais ce sont là des conditions déjà pathologiques et qui sont incom-

(1) Tarnier et Chantreuil, *loc. cit.*, t. I, p. 742.

patibles avec la *tension continue du cordon*. Ce n'est que par ignorance qu'on leur applique cette méthode qui, par suite, est injustement accusée.

c) *Inversion utérine*. — Elle ne peut se produire que par des tractions exagérées ou principalement dans le cas d'adhérences partielles et surtout totales du placenta ; encore là, les conditions ne sont plus normales et ne rentrent pas dans la discussion actuelle.

d) *Déchirure et rétention des membranes ou du placenta*. — Toutes les fois que le placenta aura été décollé, et toutes les fois que la tension sera seulement *lente et continue*, on n'aura jamais à redouter de tels accidents.

Disons, en passant, qu'il faut toujours avoir soin, après la délivrance, d'examiner avec soin toutes les parties du délivre. C'est, en effet, un point très important et qui peut éviter bien des mécomptes.

Nous ne parlerons pas d'une observation de Schultze (1), sur un cas d'infection puerpérale, qui aurait eu pour point de départ l'introduction de la main dans l'orifice du col, afin de constater si le placenta était décollé (2). L'accident était rare avant l'introduction en obstétrique de la méthode anti-

(1) Deutsch med. Wochen., 1880.

(2) Ribemont-Dessaignes, *loc. cit.*

septique; il appartient aujourd'hui aux accoucheurs de le faire disparaître complètement.

Enfin, avant de conclure définitivement, il est une question à se poser :

Y a-t-il un exemple d'une femme ayant refusé de se laisser délivrer par cette méthode? Poser la question, c'est la résoudre.

2° EXPRESSION PLACENTAIRE. — Voici les principales objections faites à cette méthode :

a) Déchirure et rupture des membranes et du placenta.

b) Inversion utérine.

c) Déviations de l'utérus.

d) Douleurs.

a) *Déchirure et rupture des membranes et du placenta.*

— D'après les auteurs, partisans de cette méthode, cet accident peut arriver assez fréquemment. Riou, dans sa thèse inaugurale, parle de la déchirure possible des membranes et de leur rétention dans la cavité utérine. Crédé, lui-même, le vulgarisateur de cette méthode en Allemagne, le constate. Dohrn cite les chiffres suivants : il s'est produit 4,8 cas de rétention sur 100 et jusqu'à 8 p. 100 à la Maternité de Leipsick (1). On pourrait encore citer les observations de Hecker, Runge et Breisky, qui objectent

(1) Cohnstein, *loc. cit.*

que les débris de membranes ou de placenta, les caillots, sont plus fréquents pendant les suites de couches, et que, par cela même, la mortalité est plus élevée.

a) *Inversion utérine*. — On en a cité quelques cas. Il est certain que l'accoucheur, en pratiquant l'expression, ne peut se rendre compte bien exactement de la tendance de la matrice à s'inverser. Il est également presque dans l'impossibilité de régler l'expression exercée sur la matrice. C'est sans doute là la principale raison qui a fait dire à Sadfeldt : L'application de la méthode de Crédé exige tellement de prudence, tellement de soin, qu'il serait fâcheux de l'enseigner aux sages femmes.

c). *Déviation de l'utérus*. — Il suffit de rapporter ce passage de Cohnstein : Le nombre croissant des flexions utérines me paraît être en relation de causalité avec l'emploi *intempestif* de la méthode d'expression.

d). *Douleur*. — Cette dernière objection est faite par tous les partisans de la méthode et même par Crédé. C'est un inconvénient très sérieux et qui a inspiré à un accoucheur, qui jouit à l'étranger d'une grande autorité, une méthode nouvelle, que l'on retrouvera décrite dans les lignes suivantes (1) :

(1) Sur la manière de conduire la délivrance, par Prochownik, trad. par le Dr R. Labusquière. — Annales de gynécologie, octobre 1885.

« Un des inconvénients les plus sérieux de cette méthode, ce sont les douleurs dont s'accompagnent quelquefois son exécution, douleurs qui, parfois, la rendent très pénible, parfois même insupportable. Il est, en effet, un certain nombre de femmes, — non point nerveuses, — qui subissent, sans opposer la moindre résistance, les frictions habituelles exercées sur le fond de la matrice, tandis qu'elles repoussent avec énergie les manœuvres que comporte l'expression placentaire. On voit des femmes qui, ayant été soumises dans un premier accouchement à ces manœuvres, s'opposent, lors de nouvelles couches et dès le début, à leur exécution. L'auteur a pu s'assurer que bon nombre de praticiens se sont heurtés à de pareilles difficultés.

C'est dans des circonstances semblables qu'il se décida à n'exécuter que le premier temps de la méthode de Crédé : fixation et frictions légères du fond de la matrice. Dès qu'il sentit que la troisième contraction, après la naissance de l'enfant, était en train de se produire, il retira la main qui était appliquée sur la paroi abdominale et laissa la parturiente mettre en jeu toute l'intensité de la pression abdominale. Aussitôt la délivrance s'effectua et l'on put recueillir à la vulve le placenta avec les membranes absolument intactes.

« Depuis, il a essayé de nouveau ce procédé, et en raison des bons résultats qu'il a obtenus, il l'a introduit dans sa pratique courante.

« Il opère aujourd'hui de la façon suivante : immédiatement après la naissance de l'enfant, appliquer une main sur le ventre et, après quelques minutes de repos, exercer de légères frictions de façon à amener une contraction plus énergique de la matrice. Quand on sent la troisième contraction survenir, dire à la femme de fléchir légèrement les cuisses, de fixer les pieds contre le lit et de mettre en action toute l'énergie de la pression abdominale.

« En terminant, l'auteur fait observer qu'il ne pense pas décrire un procédé entièrement neuf. Bon nombre de praticiens, sans doute, y ont eu déjà recours. Néanmoins, il n'a trouvé, dans aucun auteur, qu'on indiquât d'utiliser la pression abdominale. Il est bien loin d'avoir eu la pensée de substituer son procédé à celui de l'expression placentaire. Mais il pense qu'il pourra rendre des services dans le cas où, pour une raison quelconque, ce dernier serait inapplicable.

« Crédé a dit qu'il fallait laisser l'expulsion du délivre s'opérer par les seules contractions de la matrice. Quant à lui, il ne pense pas que la délivrance sera moins naturelle, parce qu'on aura substitué à la pression exercée par la main de l'accoucheur l'effet de la pression abdominale. Mais, il estime que de nouvelles observations sont nécessaires pour décider si ce procédé nouveau est digne d'une vulgarisation plus large. »

Ainsi, les objections qu'on a faites à la méthode

de la *tension continue* sont parfaitement injustes. — Bien conduite, son exécution est de la plus grande simplicité, elle ne saurait causer le moindre accident. Au contraire, celle de Crédé, qui ne peut pas être aussi bien réglée, est passible de certains reproches qu'il est impossible de repousser complètement. Crédé lui-même concède quelques-uns des inconvénients signalés. Or, notre but, ainsi que nous l'avons déjà fait ressortir dans le cours de ce travail, ayant été, surtout d'essayer de décider à quelle méthode il convient de recourir dans les conditions ordinaires de la délivrance, nous croyons, d'ores et déjà, pouvoir formuler nos conclusions. Sans doute il serait intéressant de rechercher quel serait le meilleur mode d'intervention dans chacune des circonstances anormales que nous avons rappelées; mais ce serait sortir du cadre de notre sujet.

CONCLUSIONS.

1° Les conditions étant normales, nous nous prononçons, *catégoriquement*, en faveur de la méthode la plus généralement adoptée en France, pour la méthode de *la tension continue*, dont le principe est si heureusement énoncé dans la formule de M. le professeur Pajot : *Tendre et attendre*.

2° Les conditions étant pathologiques, l'intervention varie suivant les cas.

Mais, — toutes les fois que l'indication principale est de provoquer et de renforcer les contractions de la matrice, — il faut recourir à la méthode de Crédé. Quelques circonstances spéciales justifient également l'emploi de cette méthode (gracilité, fragilité, rupture du cordon).

N. B. — Il ne faut pas oublier que son principal mérite est de fournir à l'accoucheur un procédé, pour ainsi dire intermédiaire entre la méthode de la tension continue et les méthodes qu'on peut dire de nécessité (introduction de la main dans la matrice, délivrance à l'aide d'instruments).

3° L'administration de l'ergot de seigle reste, au grand avantage des accouchées, régie par la formule de M. le professeur Pajot :

« Ne jamais donner d'ergot quand il y a quelque chose dans l'utérus. »

En résumé, la méthode de la tension continue est restée, et doit rester, pensons-nous, du moins en France, dans la pratique obstétricale courante.

Vu par le président de la thèse,
PAJOT,

Vu, bon et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOURCE. — Délivrance normale et pathologique. Thèse de Paris, 1883.
- R. et F. BARNES. — Traité théorique et critique d'obstétrique, traduit et annoté par . 1886.
- BAUDELOCQUE. — Art. des accouchements. 1786.
- CHANTREUIL. — Archives générales de médecine. 1870.
- C. DEVILLIETS. — Art. Délivrance. Dict. méd. et chir. pratiques. 1869.
- DIONIS. — Traité sur la pratique des accouchements. Paris. 1869.
- GERBEAU. — De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. Thèse d'agrég. Paris 1886.
- HIPPOCRATE. — Mal. des femmes. Traduction Littré.
- PAJOT (professeur). Travaux d'obstétrique. 1882.
- ENGELMANN. — Trad. de l'anglais et annoté par Rodet.
- PARÉ (Ambroise). — Œuvres complètes. 1641.
- PLAYFAIR. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Trad. par le D^r Verneuil. Paris 1879.
- RENAUD. — Accidents de la Délivrance. Thèse de Paris, 1875.

RAMANORI. — De la Délivrance retardée. Thèse de Paris. 1876.

RIOL. — Thèse de Paris. 1880.

RUYSCH. — Accouchements. Paris. 1725.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — Délivrance par traction et expression. Thèse d'agrég. Paris 1883.

SAUSSIER. — Nouveau procédé de délivrance. Gaz. des hôpit. 1864, n° 93.

TARNIER ET CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements. Tome I. 1882.

VERRIER. — De l'accouchement comparé dans les races humaines. 1886.

VIAEDEL (Cosme). Observations sur la pratique des accouchements. Paris. 1674.

WILLIAM THOMPSON LUSH. — Trad. et annoté par Doléris, 1885.